



**무료 통역/번역 서비스에 대한 권리 포기**

모든 영어 능력 한계(LEP) 고객은 통역 서비스 및 번역된 문서를 포함한 무료 언어 지원받을 권리가 있음을 안내받아야 합니다. 이 양식은 나중에 참조할 수 있도록 고객의 기록에 보관될 수 있습니다. 주 정부 직원은 영어 능력 한계(LEP) 고객에게 친구나 가족을 통역사로 사용하도록 권장이나 제안하거나 요구해서는 안 됩니다. 긴급 상황을 제외하고는 18 세 이하는 통역 서비스를 제공할 수 없습니다.

고객이 통역사를 직접 데려왔거나 언어 지원이 필요하지 않다고 생각하는 경우 **이 양식**을 사용하십시오. 언어 지원 서비스를 이용하려면 언어 지원 지침을 참조하십시오.

나, \_\_\_\_\_ (이름)은(는) \_\_\_\_\_ (기관 이름)으(로)부터 무료 통역 서비스를 받을 권리에 대해 통보 받았습니다. 나는 나 자신이나 다른 가족 구성원들이 무료로 이러한 서비스를 받을 자격이 있음을 이해합니다. 저는 현재 제 자신의 통역사를 이용하기로 했습니다. \_\_\_\_\_ (통역사 이름)은(는) \_\_\_\_\_ (시작 날짜)부터 \_\_\_\_\_ (종료 날짜)까지 저의 통역 역할을 할 것입니다. 본인은 언제든지 이 권리 포기를 철회하고 이 사무실에서 제공할 통역 서비스를 요청할 수 있음을 이해합니다. 제가 아는 한, 저를 위해 통역사 역할을 하는 사람은 18 세 이하가 아닙니다. 본인은 또한 이 권리 포기가 통역사 서비스에만 적용되며 본인의 통역사가 본인의 수권 대리인으로 활동할 수 있는 권한을 부여하지 않는다는 것을 이해합니다.

이 양식은 아래에 표시된 통역사가 저에게 구두로 번역해 주었습니다.

서명	날짜
통역사 이름(정자체)	
통역사 서명	날짜
직원 서명	날짜

이 양식을 작성하여 언어 지원 서비스를 사용한 후 30 일 이내에 Language Access Coordinator 에게 제출해야 합니다.

우편 또는 인터오피스 주소:  
Virginia Employment Commission  
Attn: Language Access Coordinator  
P.O. Box 26441, Suite 404  
Richmond, Virginia 23261-6441

*“Virginia Employment Commission 은 평등한 기회를 제공하는 고용주/프로그램입니다. 장애가 있는 분은 요청 시 보조 지원 및 서비스를 이용할 수 있습니다. Virginia Relay Services 는 711 번.”*